

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ORCHI-ÉPIDIDYMITES COLIBACILLAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 décembre 1930

PAR

Georges COQUIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MORLAIX (Finistère), le 8 juin 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur ...	{	Président.
		CHAVANNAZ, professeur...		Juges.
		PAPIN, agrégé		
		CHARRIER, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

ORCHI-ÉPIDIDYMITES COLIBACILLAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 10 décembre 1930

PAR

Georges COQUIN

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à MORLAIX (Finistère), le 8 juin 1906.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur ...	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur...	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		CHARRIER, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

POUSSON, MOURE, PRINCÉTEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.		MM. N.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle		GOURDON	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR LOUIS COQUIN,

*Médecin principal de la Marine en retraite,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

Qui a toujours été pour moi l'exemple
du médecin français.

Qu'il trouve ici l'expression de mon
affection et de ma profonde reconnais-
sance.

A MA MARRAINE
MADAME GOURMELON
ET A MON ONCLE

A SIMONE ET A SA FAMILLE
ET EN PARTICULIER A MONSIEUR ERNEST ROCHELLE,
Professeur au Lycée de Bordeaux.

Qui nous a été d'une aide particulière
dans les traductions que contient notre
modeste travail.

A MESSIEURS PAUL BARBIER

*Docteur en Droit,
Diplômé de l'Institut de criminologie,
Licencié ès lettres,
Avocat au Barreau de Paris,*

LOUIS MONGRAN,

Médecin lieutenant des troupes coloniales,

ET PIERRE GAST,

Médecin lieutenant des troupes coloniales,

Trois amis que je ne saurais oublier.

A MES COUSINS ET COUSINES

A TOUS MES CAMARADES DE L'ECOLE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE,

*Ancien directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FOURGOUS,

*Ancien Sous-Directeur à l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

En souvenir de la grande sympathie
qu'il nous a toujours prouvée.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN,

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET,

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales.
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A LA MEMOIRE

DE MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLOU,

Médecin principal de la Marine.

Qui nous a donné les premières notions de clinique.

Hommages respectueux et reconnaissant.

A LA MEMOIRE
DE MONSIEUR LE PROFESSEUR VERGER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CASSAËT,
*Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. TEULIERES
*Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR C. SIGALAS,
*Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Directeur de l'Institut d'Education physique,
Correspondant national de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY,

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui a bien voulu accepter la prési-
dence de notre thèse. Hommages respec-
tueux et profonde reconnaissance.



AVANT-PROPOS

Avant de commencer cette thèse, qui marque la fin de nos études médicales, qu'il nous soit permis d'adresser, dans un élan de gratitude, nos plus sincères remerciements aux médecins qui ont fait de nous un médecin, à ceux qui ont guidé nos premiers pas et ont su nous inculquer les premiers principes, à ceux qui ensuite nous ont fait une part dans leur connaissance profonde de la clinique. Nous voulons remercier tout particulièrement M. le Professeur Duvergey, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ORCHI-ÉPIDIDYMITES

COLIBACILLAIRES

INTRODUCTION

De plus en plus on entend parler des méfaits du colibacille. Il semble, en effet, que son rôle en pathologie soit beaucoup plus étendu à l'époque où nous vivons qu'il y a quelques années. Le complexe symptomatique formant une maladie autonome, décrit pour la première fois par Heitz-Boyer en 1919, a fixé les idées à ce sujet.

En quelques années, on a vite fait de reconnaître la véracité de son existence et sa fréquence. Sa pathogénie a été prouvée et de nombreux malades chez lesquels l'affection en cours restait une énigme, ont été guéris vite et bien par un traitement logique et bien conduit tant contre les causes du syndrome que contre les symptômes qui le caractérisent.

Le colibacille profite de toute occasion qui lui est offerte pour abandonner l'intestin, sa demeure habituelle, et passer dans le courant sanguin, qui le pousse à sa fantaisie, le long des vaisseaux, vers des organes divers, où le microbe s'installe

et donne naissance aux manifestations les plus variées, les plus inattendues aussi.

La colibacillémie, encore appelée colibacillose, est donc le fait primordial, fondamental. Le syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer, le syndrome entéro-veineux de Hugel et Delater, le syndrome entéro-pulmonaire d'Andréoli, ne sont que des conséquences, avec beaucoup d'autres, du fait essentiel, le passage du bactérium coli dans le sang.

Il peut manifester sa présence de la façon la plus bruyante, au point d'égaliser, par la gravité du tableau clinique, les syndromes péritonéaux aigus ou les grandes intoxications, ou sournoisement, chez les constipés chroniques (syndrome entéro-hépatique) (Desgeorges), chez ces gens qui souvent ont été rangés parmi les hépatiques, et dont la bile n'est en jeu que parce que le colibacille y pullule.

Dans ce travail, nous nous proposons d'envisager une manifestation particulière de la colibacillose : la localisation du bactérium coli à l'épididyme et au testicule, nous donnant pour tâche avant tout de grouper les différents travaux ainsi que les diverses conclusions que des chercheurs ont apportés au profit de la question. Nous joindrons aux observations que nous avons trouvées dans la littérature, celle que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Duvergey, espérant donner une idée encore plus nette si possible de la pathogénie, des symptômes et du diagnostic, enfin du pronostic et du traitement des orchio-épididymites colibacillaires.

HISTORIQUE

Comparées aux autres manifestations morbides dues au bactérium coli, les orché-épididymites sont assez rares; cependant on en trouve quelques cas dans la littérature médicale.

Il est intéressant de suivre l'évolution des idées sur la conception étiologique des épididymites avant l'apparition des orché-épididymites colibacillaires dans la littérature médicale, aussi nous sommes-nous permis de commencer l'exposé de l'histoire par un rappel de quelques étapes de l'histoire des orché-épididymites en général. (*Les microbes des écoulements de l'urètre.*)

En 1888, dans sa thèse soutenue à Nancy, Legrain porte une attaque à la doctrine alors en cours basée sur les découvertes de Neisser en 1879. (La nomenclature des orché-épididymites se résumait ainsi : blennorrhagie et tuberculose.) Il conclut que beaucoup d'urétrites et d'épididymites étaient dues à des micro-organismes bien différents du gonocoque et que ces cas étaient beaucoup plus fréquents qu'on ne le croyait. (*Microbes des écoulements de l'urètre*, Nancy, 1888.)

En 1889, les Professeurs Guyon et Janet font paraître, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, un article intitulé « Arthrites et hydrocèle sans gonocoque » et relatent l'observation d'un serrurier de 24 ans, à passé vénérien chargé, qui présentait une épididymite droite avec hydrocèle enkystée. La ponction de cette hydrocèle laissa échapper un liquide dépourvu de tout microbe, et particulièrement de gonocoque.

Legrain, s'occupant à nouveau de la question des orché-épididymites dans les *Annales des maladies des organes génito*

urinaires de 1891, fait de nouvelles et semblables constatations.

En 1893, Elsenberg publie des observations d'épididymites chroniques dont il n'a pu retrouver l'agent pathogène, mais qui ne sont certainement ni tuberculeuses ni gonococciques.

Il est curieux de constater que, pendant cette période, alors que Bouchard signalait le rôle prépondérant du bactérium coli commune dans les inflammations de la vessie (1880), que Clado, en 1887, l'isolait et le cultivait sous le nom de bactérie septique de la vessie, et qu'Albarran attachait son nom, en 1888, à une maladie qui prit plus tard le nom de syndrome entéro-rénal (Heitz-Boyer, 1919), pas un des auteurs que nous avons cités n'ait eu l'attention attirée par un microbe qui joue un si grand rôle en pathologie génito-urinaire.

Maintenant commence la vraie histoire de l'orchi-épididymite colibacillaire.

Le Docteur Paul Noguès, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de 1897, publie la première observation d'orchi-épididymite colibacillaire. L'article est intitulé : « Vésiculite pseudo-membraneuse à colibacilles. Epididymite et vaginalite consécutive ». Noguès y écrit particulièrement : « Cette observation infirme une opinion que l'on exprime trop souvent et qui consiste à dire qu'il n'y a pas d'orchite sans gonocoque. »

En 1900, Paladino fait des expériences sur le mode de propagation des germes à l'épididyme et au testicule. Il se servit, dans ses expériences, en majorité de cultures de colibacilles; il observa la facilité avec laquelle ce microbe attaquait l'épididyme et conclut à la priorité de la voie déférentielle comme voie d'infection.

En 1903, Gontier (*Archives médicales de Toulouse*) décrit un cas « d'urétrite à colibacilles, avec épididymite ». Il s'agissait d'un malade sans aucun antécédent génital présentant une épididymite et un écoulement urétral à colibacille. L'auteur conclut à une épididymite de même nature.

Les étrangers s'occupent de la question.

En 1904, dans le *Zeitschrift für Klinische Medizin*, Bauermeister publie avec tous les détails une observation de « pseudo-typhoïde, colibacillurie et abcès du testicule à colibacille ». C'est une des plus belles observations relatives à notre sujet, aussi l'avons-nous traduite et nous en servirons-nous dans notre thèse.

En 1909, Müller, dans le *Munchener Medizinische Wochenschrift*, publie une observation d'épididymite observée chez un pyélonéphritique avec bactériurie à colibacilles purs.

En 1913, un Anglais, Bonner, publie dans le journal *The Lancet* « un cas d'orchi-épididymite aiguë due au colibacille.

Le *Journal d'urologie* de 1924 contient une étude de Lave-nant sur l'orchi-épididymo-vaginalite gonococcique. A l'aide d'examen-bactériologiques minutieux portant sur l'écoulement urétral, sur le liquide de la vaginale et sur le liquide de l'épididyme retirés par ponction, il démontre que le gonocoque n'est en cause dans l'inflammation de l'épididyme et du testicule que pour une part minime, alors que les microbes associés ou secondaires y jouent un très grand rôle. Dans quatre cas sur 23, il a trouvé du colibacille dans le pus de l'épididyme, alors que dans le pus urétral il y avait du gonocoque.

La même année, Heitz-Boyer et Janet communiquent l'un et l'autre, au Congrès de l'Association française d'urologie, le premier 2 cas, le second 1 cas d'orchi-épididymite à colibacille.

En 1928, Henri Redon, dans sa thèse soutenue à Paris, *Les orchi-épididymites chroniques non spécifiques de l'adulte*, rapporte 4 cas d'orchi-épididymites colibacillaires, et voici ce qu'il en dit : « ... Relativement fréquentes, elles commencent à être bien connues... survenant au cours d'une infection colibacillaire le plus souvent latente... l'épididyme peut être infecté par voie sanguine, lymphatique ou canaliculaire... Toutes ont d'ailleurs eu un début bruyant, etc. »

La même année, Vuitici publie, dans le *Journal d'urologie*, un article dans lequel il traite la question au complet sous le titre « Epididymites colibacillaires » et au cours duquel il

cite 4 observations : celle de Bonner (*The Lancet*, 1913) et 3 autres observées au Service Civile (Prof. Marion, Hôpital Lariboisière).

L'an dernier, le Docteur H. Blanc, chef de clinique des maladies des organes génito-urinaires à l'Hôpital du Tondu de Bordeaux, décrit dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1929), 2 cas d'orchi-épididymite colibacillaire observés dans sa clientèle.

On voit par ce court aperçu, aussi complet que nous nous soyons efforcé de le faire, que les cas de ce genre, s'ils paraissent peu nombreux, étagés sur les années que nous passons en revue, n'en existent pas moins et qu'ils ont été l'occasion d'importantes communications.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Comment le colibacille, cause efficiente des épидидymites qui nous préoccupent, arrive-t-il jusqu'à l'épididyme?

Trois voies s'offrent à lui :

- 1° La voie hématique;
- 2° La voie lymphatique;
- 3° La voie déférentielle ou canaliculaire.

1° La voie hématique.

C'est celle qui, à première vue, semble la plus logique. On s' imagine facilement le colibacille venant se loger, au cours d'une septicémie, au niveau des organes en question, y créant en quelque sorte une métastase.

Si l'hypothèse est tentante, elle est loin d'être démontrée; nous cherchons en vain dans les observations que nous avons sous les yeux un cas d'orchi-épидидymite qui soit le seul phénomène probant de la colibacillémie. On trouve toujours, à condition d'y songer, une autre manifestation, et celle-là d'importance, puisqu'il s'agit de la colibacillurie, révélée par l'analyse, et surtout la culture des urines, et que pas un des auteurs qui se sont occupés de la question n'a manqué de faire pratiquer.

Faisons abstraction de la colibacillurie, signe pathognomonique de la colibacillémie, en admettant qu'elle n'ait pas été décelable. Pour pouvoir engager la possibilité d'une origine hématique, il faudrait une orchi-épидидymite d'emblée coliba-

cillaire et isolée, sans autre manifestation concomitante de même nature, et une hémoculture positive pour le colibacille.

En tenant compte déjà des difficultés de l'opération (le colibacille est un microbe qui ne vit pas longtemps dans le sang), et que les Professeurs Leguen et Fisch ont mises en lumière dans leurs remarques sur les « variations morphologiques du colibacille » parues dans le *Journal d'urologie* de 1926, si l'hémoculture est positive, c'est le malade lui-même qui vient donner la preuve de l'existence d'autres lésions colibacillaires, lorsqu'il se plaint de pollakiurie, de dysurie, de divers symptômes qui traduisent l'irritation de l'urètre postérieur : il urine (dans trois verres si l'on veut faire les choses au mieux) et l'urine est uniformément trouble : on analyse, on cultive ces urines; on y trouve du colibacille en quantité, et souvent pur; c'est la signature d'une autre lésion colibacillaire. Voici donc l'hypothèse de la voie d'infection hématique infirmée de ce fait, et, si elle n'est pas impossible, elle nous paraît devoir intervenir dans un petit nombre de cas pour ce qui est de l'étiologie et de la pathogénie de ces épидидymites. Elle s'applique aux cas rares d'orché-épидидymites colibacillaires primitives.

2° La voie lymphatique.

En se basant sur la structure anatomique du réseau lymphatique sous-muqueux de l'urètre et considérant que celui-ci communique en vérité avec celui du canal déférent et, par conséquent, celui de l'épididyme, Lavenant vient soutenir la voie lymphatique de la pathogénie des épидидymo-vaginalites gonococciques ou urétrales, « malgré le discrédit dont jouit cette ancienne théorie ».

Lavenant se base :

1° Sur des faits anatomiques déjà énoncés;

2° Sur des faits cliniques constatés avec M. Hartmann :

a) « La rapidité de l'évolution de l'épididymite ressemble à celle de certaines lymphangites réticulaires... Ne voit-on pas

certaines formes d'épididymo-vaginalite s'accompagner d'une brusque élévation de température, qui a pu aller jusqu'à 41 degrés, avec les signes d'une infection générale, le malade présentant l'aspect d'un grand infecté, avec des signes locaux : rougeur, tumeur, douleur. Tous ces symptômes ne sont pas sans rappeler les signes du début de l'érysipèle. »

b) « ... On s'expliquerait donc ainsi cette différence d'allures tellement dissemblables dans la production des épididymo-vaginalites blennorragiques ou urétrales : épididymo-vaginalites à grand fracas, suraiguës, d'origine lymphatique, et épididymo-vaginalites sans réaction générale et d'origine canaliculaire. »

La voie que préconise Lavenant revient à une voie déférentielle, avec ceci de particulier que le déférent est enflammé et que l'inflammation gagne de proche en proche.

Il est vrai, en effet, que le déférent prend part à l'infection et à l'inflammation : la plupart des observations que nous avons lues abondent dans ce sens. Mais ce n'est pas dans le même sens que le dit Lavenant. En général, la maladie est déjà installée; le malade a eu, outre les phénomènes généraux, les phénomènes urinaires, des phénomènes locaux nettement localisés au testicule et surtout à l'épididyme.

Vintici, traitant la question de la pathogénie des orchio-épididymites colibacillaires porte un argument contre la conception que soutient Lavenant; il est chirurgical : « Au cours de la prostatectomie, après la ligature et la section des canaux déférents, les orchio-épididymites sont très rares ».

Ce serait vouloir d'un coup détruire une conception très logique et qui repose sur des bases. Mais il faut dire qu'elle s'applique aux cas particuliers où il y a déjà une infection urétrale préexistante, en particulier une blennorragie qui se complique d'orchio-épididymite à colibacilles, chose possible et démontrée par Lavenant lui-même au cours des 23 observations qu'il édite, et surtout si l'orchio-épididymite a succédé à une manœuvre endo-urétrale, qui, sanglante ou non, a créé

une porte d'entrée aux microbes pathogènes, c'est-à-dire dans les orchi-épididymites secondaires.

3° La voie déférentielle.

L'infection se ferait, dans ce cas, par continuité des muqueuses de l'urètre et des canaux éjaculateurs, en suivant le déférent jusqu'à l'épididyme.

Déjà en 1888, Legrain, dans sa thèse soutenue à Nancy, et Faitout, en 1896, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, étaient d'accord pour dire que l'urétrite était la cause la plus fréquente des épididymites.

Ce mode d'infection a été particulièrement étudié par Paladino Blandini, de Naples, en 1900, dans un article paru à cette date dans les annales nommées plus haut, au sujet de la pathogénie des orchi-épididymites tuberculeuse et gonococcique; mais chose curieuse, et c'est là une vraie chance pour nous, il fit la plupart de ses expériences avec des cultures de colibacilles.

Voici un résumé des conclusions qu'il a tirées de ses expériences : le bactérium coli, comme beaucoup de germes pathogènes, mobiles ou immobiles, peut remonter de l'orifice urétral jusqu'à l'épididyme et même jusqu'au testicule (il en déduit que le contagé par le coït est admissible).

Le chemin parcouru par les germes infectants est en raison directe de leur virulence, raison pour laquelle l'épididyme, qui reçoit la bactérie avant le testicule, est plus souvent atteint que lui.

Les germes se propagent à la surface des muqueuses sans que les tissus sous-jacents en souffrent.

Il écrit même en toutes lettres :

« ... de cette façon peuvent s'expliquer les épididymites sans déférentite, sans avoir besoin de recourir, comme le fait Sébilleau, à l'infection par les lymphatiques, et encore moins à la localisation dans les glandes séminales d'une infection devenue générale... ».

Ses expériences portent sur l'urètre du chien, qu'il inocule avec du colibacille. Au bout de quelques heures, il retrouve des colibacilles dans l'épididyme, sans qu'ils aient pour cela déterminé la moindre lésion.

Ayant fait une inoculation au préalable, avec des cultures pures sur agar-agar, il fait la ligature unilatérale du cordon, ligature peu serrée, de façon à gêner plus la circulation veineuse que l'artérielle. Au bout de vingt-quatre heures, il constate que du côté opéré le scrotum est plus volumineux que de l'autre côté, non traumatisé.

Au bout de quarante-huit heures, grosse tuméfaction et douleur à la palpation. Les chiens sont sacrifiés. A l'examen des pièces, il constate la présence du colibacille dans le testicule, dans l'épididyme et dans le liquide de la vaginale du côté où il a produit une congestion passive et un traumatisme. Du côté intact, il constate aussi dans le testicule et l'épididyme l'existence du colibacille, mais il n'a produit aucun effet morbide.

Dans une deuxième expérience, il fait tout d'abord la ligature, d'un seul côté, du cordon spermatique, qu'il résèque. Peu après il injecte du colibacille dans le canal urétral. Après un laps de temps assez long, il sacrifie les animaux, examine les pièces et constate, du côté de la ligature du cordon, l'absence de colibacille; de l'autre côté, au contraire, il en trouve dans l'épididyme et dans le testicule.

Il résulte de tout ceci que Paladino a démontré ce qu'il a écrit : passage du colibacille par la voie déférentielle, et par celle-là seulement, sans conséquences pathologiques pour le déférent si des causes favorisantes ne viennent se joindre à sa présence.

Nous tenons peut-être cette fois la vraie pathogénie des épididymites colibacillaires.

Une urétrite primitive à colibacille (Gontier, *Archives médicales de Toulouse*, 1903), ou une urétrite secondaire par association du colibacille avec le gonocoque ou d'autres microbes, cas très fréquent (Frigaux, Congrès d'urologie, 1928), réalisent

la voie ascendante d'inoculation dont les expériences de Paladino sont la preuve.

Quant à la voie descendante, il suffit de faire partir le microbe non de l'urètre, mais de beaucoup plus haut.

La source microbienne, le point de départ, est pyélo-rénal; il est dans les urines bactériennes, qui descendent du rein, passent dans la vessie, puis dans l'urètre postérieur, qu'elles baignent et infectent au passage. De l'urètre, l'infection se transmet à travers le canal déférent jusqu'à l'épididyme.

Des trois hypothèses relatives à la pathogénie des épидидymites colibacillaires, une seule nous paraît cadrer avec les observations que nous étudierons ici. Sans vouloir prendre sur nous de considérer les deux autres comme très rares, nous penchons pour le troisième mode de pathogénie, et voici pourquoi.

Dans la grande majorité des observations de ces épидидymites, en particulier dans celles contenues dans la thèse de Redon (Paris, 1928), dans celles publiées par Vintici (*Journal d'urologie*, 1928), et dans les 2 observations du Docteur H. Blanc (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1929), nous retrouvons toujours une colibacillurie et presque toujours une pyurie à colibacilles qui a précédé les phénomènes épидидymaires.

Elle s'est révélée par des signes de cystite, pollakiurie et dysurie, des signes cliniques d'irritation de l'urètre postérieur. Chaque fois, l'attention a été portée vers les urines, qui sont venues apporter par leur culture le signe pathognomonique qui arrêtait le diagnostic.

OBSERVATION I.

(Docteur Nogrès [1897], *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, p. 655).

Vésiculite pseudo-membraneuse à colibacille; épididymite et vaginalite consécutives.

Le 26 mars dernier, un jeune homme ressent presque subitement une très vive douleur dans le testicule droit, qui augmente quelque peu de volume. Il se couche, et, le lendemain, la douleur disparaît, le gonflement diminue et, au bout de quarante-huit heures, il ne reste plus trace apparente de cette première atteinte. Le malade se croit donc guéri et reprend ses occupations, lorsque, le 31, ces mêmes phénomènes subjectifs et objectifs, accompagnés cette fois de frissons et de fièvre, reprennent avec une intensité plus grande : la douleur devient très vive et, très rapidement, le testicule droit double de volume. A ce moment, notre attention est attirée du côté du scrotum; il existe une certaine quantité de liquide dans la vaginale, qui n'est cependant pas très tendue; l'épididyme est gros, et cette augmentation de volume est régulière; il n'existe pas de bosselures, la tête et la queue sont à peu près également prises et la douleur à la pression est la même sur les différents points. Le canal déférent est un peu plus gros que celui du côté opposé, mais il est régulier et sans bosselures. Par le toucher rectal on sent que la prostate a conservé ses dimensions normales et que seul le col de la vésicule droite est un peu sensible. Malgré les réponses négatives du malade, nous soupçonnons une affection urétrale, que nous nous proposons d'élucider plus tard, et nous prescrivons pour l'instant un traitement antiphlogistique. Quinze jours plus tard, il n'existait plus de trace de liquide dans la vaginale, l'épididyme et le cordon étaient encore un peu gros, mais il n'y avait ni douleur spontanée ni douleur à la pression.

Le malade a eu deux blennorragies, dont la dernière il y a deux ans, mais elles sont guéries. Pas la moindre sécrétion urétrale.

On fait uriner le malade : dans le premier verre il y a de gros filaments dont l'examen révèle la présence du colibacille. On recommence l'épreuve; pendant cinq ou six heures le malade n'urine pas, puis on le fait uriner : dans le premier verre encore, de gros filaments; dans le second verre, urines claires. Massage énergique de la prostate et des vésicules séminales : le malade urine : on trouve de gros filaments, qui sont farcis de colibacilles à état de pureté.

OBSERVATION II.

(Docteur GONTIER, *Archives médicales de Toulouse*, 1903.)

Le 10 février 1903, vient à la consultation de M. le Professeur Audry un malade se plaignant de violentes douleurs dans la région du scrotum droit. Un examen rapide nous permet de constater qu'il est atteint d'épididymite, et, en pressant sur le canal, nous faisons sourdre une goutte de pus, qui, examinée de suite au microscope, d'après les procédés ordinaires, ne contient pas de gonocoque.

N'a jamais contracté de maladie vénérienne, particulièrement pas de blennorragie. Veuf depuis deux ans, n'a pas eu de rapports, depuis cette époque, avec aucune autre femme. Il attribue la douleur qu'il éprouve à un traumatisme qu'il a reçu dans la région du testicule droit, douleur accompagnée de tuméfaction et de rougeur de la partie droite du scrotum : aussi s'est il décidé à venir à la consultation: Quant à son écoulement, le malade ne s'en était même pas aperçu, et ce n'est qu'à l'hôpital qu'il le remarque pour la première fois.

Au moment où nous le voyons, nous trouvons en effet, toute la partie droite du scrotum très enflammée : son aspect est rouge, tuméfié, et, sous la peau, on sent très bien la tête de l'épididyme, qui est indurée et augmentée de volume. Le moindre attouchement est douloureux; néanmoins on peut constater que le testicule est complètement sain et qu'il ne participe en rien aux lésions inflammatoires de l'épididyme. On ne trouve pas de ganglions indurés dans les régions inguinales droite et gauche. Le canal déférent, du

côté droit, est un peu plus volumineux que celui du côté opposé : le toucher rectal permet de constater que la prostate a son volume normal et qu'elle n'est pas hypertrophiée ou bosselée. En faisant uriner le malade dans deux verres, on constate que l'urine du premier verre est trouble, celle du second l'est beaucoup moins. Aucun trouble urinaire, aucun symptôme de cystite : la culture du pus donne des cultures de colibacille. Le malade fut soumis à un traitement consistant en des injections de sublimé, avec le port d'un suspensoir. Après la troisième injection, c'est-à-dire le 16 février, il demanda à s'en aller : à ce moment, son écoulement avait complètement disparu; l'épididyme avait diminué de volume, n'était plus douloureux à la pression; le scrotum ne présentait plus aucune trace d'inflammation ni de gonflement.

L'état général du malade a toujours été excellent et l'examen le plus minutieux a permis d'écarter chez lui l'idée de tuberculose. Ce malade a fait une urétrite à colibacille avec épididymo-vaginalite consécutives, probablement de même nature.

OBSERVATION III.

(BAUERMEISTER [1904], *Zeitsch für klinische Medizin.*)

[traduite de l'allemand].)

Je suis appelé auprès d'un malade de ma clientèle le 1^{er} avril 1902. Il présente une forte fièvre, des frissons, des vomissements, une céphalée très importante, des douleurs abdominales, de la constipation, de la dysurie; ses conjonctives sont un peu jaunes.

L'examen des organes abdominaux, tant par la palpation que par le toucher, permet d'éliminer toute affection péritonéale aiguë et inquiétante. J'institue un traitement qui consiste en : diète hydrique, purgation, enveloppements humides froids; la constipation fait place à de la diarrhée (5 selles liquides).

Les urines n'ont rien de bien particulier : elles sont claires, on n'y trouve pas de cylindres.

Je pense à une typhoïde possible, mais je suis obligé de l'éliminer, car la rate n'est pas palpable. La fièvre ne tombe toujours pas.

Le 6 avril, rien n'est changé. Le malade a encore eu des vomissements, de la fièvre et sa céphalée ne cède pas, malgré qu'il évacue des matières fécales.

L'analyse des urines pratiquée révèle la présence de bacilles courts, trapus, paresseux.

Le 7 avril, nouvelle analyse d'urines. Même résultat positif pour les bacilles vus la veille.

Je décide d'identifier les bacilles urinaires : une première culture, faite avec les urines sur pomme de terre, sert à ensemencer six autres milieux, qui donnent tous des résultats positifs.

Le 12 avril, le bacille est identifié : c'est du colibacille.

Devant ces résultats, je décide de faire pratiquer une hémoculture, qui est positive pour le colibacille.

Pendant ce temps, la courbe de température du malade semble baisser et vouloir tomber en lysis. En fait, le 12 avril au soir, elle remonte brusquement. Les urines sont devenues troubles. Les mêmes symptômes généraux se manifestent.

Deux autres améliorations sont suivies de deux rechutes de courte durée, mais toujours à grand fracas. Enfin, les choses semblent vouloir s'arranger à partir du 27 avril. En effet, quelques jours après, le malade sort guéri, du moins en apparence.

Etant à la campagne, j'ai appris, en juillet 1902, que mon malade avait été pris de douleurs du côté du testicule, en même temps que se manifestait une tuméfaction, mais il ne voulut pas se soumettre à un examen uro-génital.

En août 1902, je suis appelé. Je trouve un malade abattu. Le sac testiculaire est tuméfié dans sa partie droite. La peau du scrotum est très chaude, elle est mobile, le testicule est douloureux, surtout au pôle inférieur.

Le cordon est tuméfié et douloureux. Les urines sont troubles. Je fais faire l'examen de ces urines au point de vue bactériologique. La réponse est : bacilles épais, courts, mobiles.

Le méat urinaire est fréquemment collé par une sécrétion mucopurulente.

Le 25 août apparaissent des signes nets d'abcès. La peau du scro-

tum est plus ou moins adhérente sur le pôle inférieur du testicule, qui est douloureux. On a la sensation nette d'une fluctuation.

Partie de 38 degrés la fièvre est arrivée à 39.

Le malade est envoyé à l'hôpital (Ducat-Brünswick).

Le 27 août, la température est à 40 degrés. La peau s'est ramollie et amincie près du pôle inférieur : on sent une fluctuation. Ouverture de l'abcès : gros abcès sous-cutané et abcès épидидymo-testiculaire. L'épididyme et le testicule sont très endommagés. Comme il n'y a aucune indication à la chirurgie conservatrice, orchi-épididectomie droite. La plaie se referme : petite fistule, qui guérit (elle était due, probablement, à un fil de ligature). Le malade quitte l'hôpital avec la perspective d'une guérison, complète le 19 septembre.

Les examens bactériologiques qui ont porté sur :

1° Le pus de l'abcès sous-cutané et testiculaire;

2° le pus des urines,

ont donné tous des résultats positifs pour le colibacille et le colibacille à l'état pur.

OBSERVATION IV.

(Ed. MÜLLER [1909], *Mürucheuer Medizinische Wochenschrift*, traduite de l'allemand.)

Un monsieur assez âgé souffre depuis un an d'une pyélite avec colibacillurie. Le syndrome pathologique dont il souffre est alors : gastro-entérite, pyélite et cystite, avec des accès de fièvre répétés pendant plusieurs jours avec des intervalles libres.

L'analyse d'urine faite le 22 août, l'année précédente (Dr Tromsdorff, München), a donné le résultat suivant :

Leucocytes nombreux; pas de cylindrurie; colibacilles pullulants.

Sept semaines après le commencement de la maladie, l'urine a été de nouveau soumise à une analyse bactériologique : elle contenait du bactérium coli à l'état pur. L'état général du patient était, à ce moment-là, bon. L'urine était encore trouble le matin, mais pendant la nuit presque claire.

Au mois d'août de cette année (1909), le patient fut atteint d'épididymite avec forte fièvre, vomissements et hématurie. Les

urines, envoyées à la Station de Landau pour cette raison, étaient très troubles, contenant peu d'albumine, pas de cylindres. L'examen microscopique du sédiment décelait de très grandes quantités de bacilles, qui furent identifiés comme colibacilles.

Au bout de peu de jours, l'enflure des épидидymes était si douloureuse que le médecin traitant se résolut à l'incision et, après l'avoir pratiquée, envoya à la Station un morceau de tissu prélevé. Celui-ci, à la simple observation à l'œil nu, apparaissait comme rempli de petits foyers purulents et hémorragiques.

Tout d'abord, je fis des cultures du pus, qui aboutirent à l'établissement de l'identité du microbe : colibacille pur. L'examen des microbes des foyers purulents donna les mêmes résultats.

Le malade avait donc fait une épидidymite et un abcès à colibacilles.

OBSERVATION V.

W. BONNER, *The Lancet*, oct. 1913, n° 4701.)

Orchi-épидidymite due au colibacille.

Il s'agit d'un malade sans aucun passé vénérien qui, à la suite d'un effort, ressentit une violente douleur dans l'abdomen, laquelle ne dura que quelques minutes. Quatre jours après il eut de la fréquence dans les mictions et, en même temps, son testicule droit augmenta de volume et le scrotum, du même côté, rougit. La bourse droite est rouge et sensible. La peau est adhérente à la partie postéro-inférieure. L'épididyme, augmenté de volume, semble recouvrir le testicule complètement. Le cordon est gros et douloureux sur tout le trajet où l'on peut le palper. Le canal inguinal est sensible à la palpation. Pas de sécrétion urétrale; au toucher rectal, pas de modification de la prostate ni des vésicules séminales. L'examen des urines montra du pus et du colibacille en grand nombre et l'on prépara un autovaccin.

Quinze jours après apparut une tumeur fluctuante à la partie postéro-inférieure du scrotum droit. On retira du pus, qui futensemencé et qui donna naissance à des cultures pures de colibacilles.

On incisa la tumeur, dont on retira une certaine quantité de pus avec des tissus composés entièrement de tubes désorganisés du testicule et de l'épididyme, et, dans le pus, on trouva des colibacilles.

On obtint la guérison par injection d'autovaccin allant de 5 millions à 100 millions de germes.

OBSERVATION VI.

(HEITZ-BOYER, Association française d'urologie 1921.

Communication résumée, p. 520.)

M. Heitz-Boyer a observé deux cas d'orchite survenant chez des sujets atteints de syndrome entéro-rénal latent, venues compliquer celui-ci, complètement méconnu. Les orchites semblaient donc primitives et avaient été prises pour des orchites tuberculeuses.

La présence d'un pus à colibacille dans les urines fit penser à l'auteur à la possibilité d'une origine colibacillaire des accidents épididymaires, opinion qui se trouva confirmée par l'examen de la pièce dans un cas et par l'évolution clinique dans l'autre.

Les deux malades présentaient des accidents intestinaux très nets.

OBSERVATION VI bis.

(Discussion au sujet de trois cas d'orchi-épididymites survenues au cours d'une grippe et dans le début de la période de convalescence:)

« ...il y a dans ce travail une lacune relativement à l'état des urines chez ces trois malades. Ils étaient, très probablement, en état de bactériurie consécutive à leur grippe. C'est par l'intermédiaire de cette bactériurie que la grippe a pu agir sur leurs épididymes.

J'observe actuellement un cas de ce genre. C'est un cas d'épididymite consécutive à une bactériurie à colibacille qui a débuté à l'occasion d'une grippe. Il est très probable que les cas qui nous sont signalés relèvent de la même étiologie. »

OBSERVATION VII.

(VINTICI, *Journal d'urologie*, 1928, p. 410. — Service Civile,
de Lariboisière, Professeur MARION.)

Vai..., 28 ans, entre, le 1^{er} octobre 1927, dans le service Civile de Lariboisière pour douleurs lombaires droites et une orchite aiguë du côté gauche.

Le début de la maladie s'est fait brusquement, trois semaines auparavant, par des frissons, une fièvre à 39 degrés, des courbatures et des douleurs lombaires droites; en même temps, survenait une pollakiurie assez accentuée (mictions toutes les demi-heures le jour, toutes les heures la nuit), avec des douleurs à la fin de la miction; les urines étaient troubles, au dire du malade.

Dans les jours suivants, amélioration progressive : la température redescend à 37 degrés; les phénomènes vésicaux diminuent d'intensité.

Puis au quinzième jour de la maladie se déclare une orchite aiguë gauche avec douleurs et gonflement notable; cette poussée s'atténue d'elle-même, pour reprendre à nouveau deux ou trois jours plus tard.

Le malade, à son entrée à l'hôpital, présente une température voisine de 40 degrés et une orchite en période aiguë. Le testicule et l'épididyme forment une masse commune dans laquelle il est difficile de différencier l'un et l'autre. En ce moment, on pense, en raison des phénomènes rénaux, à une pyélonéphrite. Mais l'épididymite a tous les caractères d'une épididymite bacillaire : on pense que, peut-être, il s'agit d'une bacillose réchauffée. En quelques jours on assiste à l'atténuation progressive des symptômes : chute de la température, l'orchite rétrocede peu à peu, de telle façon qu'il est évident qu'il ne s'agit pas de bacillose, et le malade sort guéri, en apparence du moins, le 1^{er} novembre 1927.

L'examen histo-bactériologique des urines troubles mais bien colorées donnait du pus, des cellules, du colibacille en abondance et de l'urate de soude.

OBSERVATION VIII.

(VINTICI, *Journal d'urologie*, 1928, p. 410-411.)

M. de S..., malade du Docteur Raisonnier, est montré au Docteur Marion, en février 1925, pour une épididymite droite apparue au décours d'une blennorragie, alors que tout gonocoque avait disparu. En même temps il existait une prostatite que soignait M. Raisonnier. Après quelques jours de repos, l'épididymite aiguë s'atténuait progressivement, laissant seulement l'épididyme un peu augmenté de volume dans toute son étendue. Quelques semaines après, une nouvelle poussée d'épididymite se produisait, analogue à la première, et disparaissant de la même façon, mais laissant une sensibilité persistante. En juin, nouvelle épididymite, puis en septembre. Devant la reproduction de ces épididymites, M. Marion conseilla l'ablation de l'épididyme, pensant qu'il s'agissait de bacillose, car l'épididyme avait fini par demeurer gros dans toute son étendue.

Le 28 octobre 1925, épididymectomie. L'épididyme n'apparaît pas noduleux, mais seulement gros, comme turgescent. L'examen bactériologique des sécrétions sorties de l'épididyme montre du colibacille, et l'examen histologique prouve qu'il s'agit d'un épididyme atteint d'infection banale.

OBSERVATION IX.

(VINTICI, *Journal d'urologie*, 1928, p. 411.)

M. V..., 69 ans 1/2, envoyé par le Docteur Claisse, vient consulter M. Marion pour des urines troubles et des phénomènes de cystite.

Dans les antécédents on trouve : blennorragie, à 22 ans, rapidement guérie, sans séquelles. Syphilis à 28 ans bien soignée, jamais d'accident. Plusieurs crises rhumatismales. Constipation constante.

Depuis juillet 1926, le malade urine toutes les heures de jour,

une fois seulement la nuit. En avril 1927, à la suite d'un voyage, hématurie totale, qui se renouvelle à quelques jours de là, à la suite d'une marche. Les urines sont totalement troubles. Une première cystoscopie est rendue impossible par le mauvais état de la vessie. Quelques lavages de vessie à l'oxycyanure éclaircissent les urines et améliorent la capacité, et une deuxième cystoscopie montre à M. Marion la présence d'un calcul vésical.

Lithotritie, le 23 mai 1927, à la Maison de santé de la rue de la Chaise. Suites normales. Mais, au début de juin, le malade ressent de la douleur dans les bourses. Il semble avoir de la varicocèle, et on lui conseille de porter un suspensoir.

En juillet 1927, cure à Vittel. Au cours de la cure, sans raison apparente, épididymite gauche. Température de 39°6. Repos de six jours à la chambre.

En octobre 1927, deuxième épididymite gauche à début brutal. Température de 38°5, durée de cinq jours.

Le malade est revu après. Ses deux épididymes sont durs et un peu augmentés de volume; les déférents ne sont pas sensiblement augmentés de volume; les urines sont très troubles; la prostate du malade est grosse, de consistance molle et le massage en fait sortir du pus.

Quelques lavages à l'oxycyanure, suivis de massages prostatiques, éclaircissent les urines et détergent la prostate.

Le 29 mai 1928, à la suite d'un voyage, épididymite gauche, Température de 39°3, durée cinq jours; ces multiples poussées d'épididymite ne laissent pas de noyaux, mais un simple épaissement de l'épididyme.

Les urines sont de nouveau très troubles. Rien à la prostate. Reprise des lavages de vessie. Les urines sont cultivées par le Docteur Hauduroy, qui trouve des colibacilles très abondants, mais ne lysant pas par le bactériophage, aussi ce mode de traitement ne peut-il être employé. Autovaccin. Dernièrement, le malade a fait, à la suite d'un sondage, une nouvelle épididymite à grand fracas. A la suite de ces fréquentes récidives, le malade a demandé à être opéré, et c'est ainsi que M. Marion lui a fait la ligature des canaux déférents au début d'août. Depuis cette époque, il n'y a plus eu de poussées épididymaires.

OBSERVATION X.

(Henri REDON, Thèse de Paris, 1928 : *orchi-épididymites non spécifiques de l'adulte.*)

M. D..., 29 ans, est pris, le 12 décembre 1926, d'une vive douleur au niveau des testicules et, en même temps, d'un malaise général. Il vient consulter le 15 décembre : il présente un écoulement urétral contenant des bactéries, Gram négatif ayant la morphologie du colibacille. L'épididyme droit présente une grosse tuméfaction régulière et douloureuse; le canal déférent correspondant est augmenté de volume. La vésicule séminale droite forme une grosse tuméfaction, dure et douloureuse, au-dessus de la prostate, qui paraît indemne de toute atteinte au toucher. Les urines sont troubles dans trois verres : l'urine du premier verre est riche en gros filaments : la présence du coli y est vérifiée. Aucune constipation, pas de passé d'entérite nette, le malade n'a jamais eu de blennorragie. Sa température varie de 38 degrés à 39 degrés.

Le malade est mis au repos complet avec applications chaudes. Aucune amélioration au bout de quelques jours. Des injections de lait intramusculaires sont sans effet; il en est de même d'une série d'injections vaccinales. Au bout de cinq semaines, les phénomènes douloureux disparaissent. Il persiste seulement un état de grande fatigue et une induration modérée et peu douloureuse (au palper) des deux épididymes.

Six mois plus tard, le malade est atteint d'une nouvelle poussée d'épididymite droite, qui cède en quelques jours; les deux épididymes restent encore tuméfiés, surtout au niveau de leur partie supérieure, mais sont presque indolents.

Le malade n'a pu être suivi depuis.

OBSERVATION XI.

(Henri REDON, Thèse de Paris, 1928 :

Orchi-épididymites non spécifiques de l'adulte.)

M. R..., 46 ans, souffre depuis plusieurs années d'une infection colibacillaire des voies urinaires. Pyélonéphrite compliquée d'épi-

didymite évoluant par poussées espacées de plusieurs mois. En juillet 1924, il fait une prostatite qui nécessite une périnéotomie. Elle est pratiquée à l'étranger. Le malade garde des urines troubles et éprouve bientôt quelques difficultés pour uriner : les mictions sont souvent impérieuses. Il vient consulter le 4 novembre 1924 : Les urines sont troubles dans les trois verres et donnent une odeur caractéristique du colibacille. Il persiste un noyau à la queue de l'épididyme gauche; la prostate paraît souple, le massage n'en fait sortir que de faibles débris où l'on trouve du staphylo; le canal laisse passer librement une sonde n° 18; la vessie, après miction, laisse un résidu de 150 grammes. La cystite est traitée par quelques instillations de nitrate d'argent et d'huile goménolée.

Une cystoscopie met en évidence, au niveau de la paroi gauche de la vessie et en arrière et en dehors du méat urétral, l'existence d'un orifice ovalaire sombre, qui bientôt s'encombre d'un nuage de gouttelettes d'huile goménolée, alors qu'il y a plusieurs jours qu'aucune instillation de cette huile n'a été pratiquée. On pense à faire une cystographie : celle-ci met en évidence un diverticule postérieur d'un volume voisin de celui de la vessie distendue par 200 grammes d'une solution de collargol au 1/10.

Le malade quitte la France : on pratique à l'étranger l'ablation du diverticule.

Le malade s'améliore, et, quelques jours après, les urines, encore purulentes, contiennent toujours du colibacille. Il est soumis à un traitement par les vaccins coli-soude du Docteur Mauté. Les résultats en sont assez bons, à condition que l'emploi du vaccin soit continu. Les urines restant troubles, on fait un traitement au bactériophage de d'Hérelle : les améliorations ne sont que passagères.

Au cours d'une des cures hydrominérales multiples auxquelles il se livre, en août 1925, il est repris d'une grosse épидидymite gauche douloureuse. L'épididyme est pris en masse. Du repos et des applications chaudes, l'emploi du vaccin coli-soude, en amènent bientôt la guérison, mais il reste une induration de tout le cimeter épидидymaire, et la vésicule gauche est encore très augmentée de volume. Le malade n'a pas été suivi depuis.

OBSERVATION XII.

(Henri REDON, Thèse de Paris, 1928 :

Orchi-épididymites non spécifiques de l'adulte.)

M. M..., 63 ans, éprouve depuis plusieurs mois une sensation de pesanteur dans le bassin. Il a la sensation que sa vessie se vide mal. Il urine assez souvent le jour, pas du tout la nuit, les mictions sont parfois impérieuses, et quelques gouttes d'urine, de temps à autre, s'échappent involontairement. Il a de fortes envies d'uriner, alors qu'il peut à peine émettre un verre à bordeaux d'urine. Pas de difficulté à la miction, pas d'obligation de pousser quand il urine : un seul antécédent de blennorragie, en 1917, qui a laissé persister un écoulement pendant quelques années.

Le 17 juillet 1927, il est pris d'une violente douleur au niveau du testicule gauche. En même temps, la température s'élève à 39 degrés. En vingt-quatre heures, la température retombe, et il vient consulter : il présente un écoulement urétral contenant des bactéries à Gram négatif ayant la morphologie du colibacille. La bourse gauche présente un certain degré d'hydrocèle. L'épididyme est tuméfié en masse et douloureux. On constate au toucher rectal des noyaux durs dans la prostate, mais la vésicule n'est pas perceptible. Les urines sont troubles dans les 3 verres. Le canal est perméable à une sonde numéro 18, pas de résidu vésical après la miction. Le soir même de l'examen, nouvelle poussée thermique à 39 degrés. Le rein droit paraît augmenté de volume. Les compresses chaudes, un régime végétarien, une cure de diurèse, ont fait disparaître rapidement ces symptômes.

Le 12 août 1927, le malade est en bonne voie de guérison, mais l'épididyme reste dur, surtout au niveau de sa queue. L'hydrocèle a disparu : le malade n'a malheureusement pas pu être suivi depuis cette date.

OBSERVATION XIII.

(Henri REDON, Thèse de Paris, 1928 :

Orchi-épididymites non spécifiques de l'adulte.)

M. D..., 47 ans, a eu quelques phénomènes de pollakiurie il y a six semaines, il aurait même uriné un peu de sang.

Voici huit jours qu'au cours d'un voyage en auto il a été pris brusquement de grands frissons avec claquements de dents. La température prise alors est de 40 degrés.

Examiné le 21 septembre, il présente des urines troubles dans les trois verres, et ces urines sont sanglantes.

L'épididyme gauche est tuméfié en masse et très douloureux. Il n'y a pas d'écoulement, mais au toucher rectal la prostate est dure, douloureuse; la vésicule gauche est énorme.

La température oscille autour de 38, 39 degrés.

L'examen bactériologique des urines montre du colibacille. Soumis d'abord à un régime d'eau sucrée, puis à une alimentation végétarienne, le malade a d'abord une nouvelle poussée de température à 39 degrés, puis celle-ci baisse progressivement. La douleur diminue, mais l'épididyme reste uniformément gros.

OBSERVATION XIV.

(Docteur BLANC, *Journal de médecine de Bordeaux*,
juill. 1929, p. 601.)

M. Jam..., 28 ans, vient nous voir, le 24 octobre 1928, pour des phénomènes de cystite apparus soudainement (mictions toutes les demi-heures), et s'accompagnant de dysurie.

Aucun antécédent. Jamais de blennorragies. Le malade, par contre, est un entéritique chronique.

Les urines sont très purulentes, l'urètre, parfaitement sec, est perméable, les testicules sont normaux. Au toucher rectal, les vésicules ne sont ni senties, ni douloureuses, la prostate est sensible et

augmentée de volume. L'examen bactériologique des urines montre du pus abondant et de nombreux colibacilles. Le diagnostic est porté d'infection pyélo-vésicale à colibacille.

Huit jours après notre premier examen, le malade se plaint de douleurs lombaires droites accompagnées de petits frissons et de température; les urines sont toujours très purulentes, le rein droit est perceptible et sensible avec un point pyélique très net; la prostate est normale.

La température se maintient pendant quelques jours entre 38 degrés et 40°5, puis, sous l'influence du traitement, le rein redevient normal, c'est-à-dire non perceptible et non douloureux. Enfin, quelques jours après, la température revient à la normale; les reins ne sont plus sentis ni douloureux; les urines sont beaucoup moins troubles.

Puis, brusquement, apparaît une épididymite droite, d'allure sub-aiguë d'abord, mais qui peu à peu augmente d'intensité. L'épididyme est épaissi et douloureux dans toute son étendue, et s'accompagne d'un épanchement vaginal. Dix jours après, alors que les phénomènes s'étaient beaucoup atténués, il se déclare à gauche une épididymite présentant exactement les mêmes caractères.

Un traitement vaccinothérapique et à l'aide de bactéro-protéines anticolibacillaires, avait été institué, et quinze jours après, tout est rentré dans l'ordre.

Les urines sont devenues claires et le malade va aussi bien que possible.

OBSERVATION XV.

(Docteur BLANC, *Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1929, p. 601.)

M. Bon..., 65 ans, nous est adressé, le 20 septembre 1928, par le Docteur Tulière (de Chasseneuil, Charente).

Le malade, cultivateur, sans antécédents anciens mais constipé chronique, a présenté, il y a quelques semaines, une poussée de pyélonéphrite aiguë droite (frissons, température, douleurs lombaires, urines troubles). Quelques jours après, apparaissent spontanément

une épididymite droite et, en même temps, des phénomènes vésicaux avec mictions douloureuses toutes les heures. Les phénomènes d'infection rénale aiguë ont duré seulement quelques jours, mais les phénomènes vésicaux ont persisté, et c'est pour cela que le malade nous est envoyé : il a des mictions impérieuses et urine encore toutes les heures avec de légères douleurs à la fin.

Les urines sont légèrement troubles; la prostate n'offre rien de particulier.

L'épididyme droit est augmenté et épaissi dans toute son étendue, le testicule est normal, la vessie est saine à la cystoscopie. Le massage prostatique ramène des filaments purulents et sanguinolents. L'examen des urines et du liquide prostatique révèle : pus abondant; très nombreux colibacilles.

Nous portons, avant tout examen de laboratoire, le diagnostic de prostatite colibacillaire avec épididymite en voie de résolution consécutives à une pyélonéphrite colibacillaire. Le laboratoire confirme ultérieurement notre diagnostic.

Malgré le traitement institué, les urines demeurent troubles, et, le 6 octobre, il se produit de nouveau des phénomènes vésicaux et une nouvelle poussée d'épididyme droite avec frissons, température, pyurie abondante et douleurs.

Le massage prostatique, pratiqué à ce moment-là, ramène du pus contenant exclusivement du colibacille.

Avec le traitement tout rentre dans l'ordre, mais le malade garde encore des urines troubles de pyélonéphrite chronique, malgré la vaccination et la désinfection urinaire rigoureuse instituées.

OBSERVATION XVI.

(Jean Mombearts et Albert Laroche, *Journal d'urologie*, mai 1930, p. 468.)

Tuberculose épидидymaire et tuberculose rénale. Erreurs de diagnostic.

Tous les épидидymes enlevés pour tuberculose ne sont pas toujours tuberculeux. En effet, malgré sa symptomatologie et son évolution

typique, l'épididymite coli-bacillaire est fréquemment confondue avec la bacillose génitale. Nous en avons observé deux cas récemment. En voici un, caractéristique :

M. Will..., 38 ans, vient nous consulter en octobre 1929 pour épididymite bilatérale, apparue il y a sept mois, avec une fièvre à 39 degrés accompagnée de frissons et de douleurs lombaire et scrotale. Tuméfaction des bourses, suppuration et ouverture spontanée à la peau d'un abcès à gauche.

Examen. — A gauche, gros épидидyme nodulaire, adhérent à la peau avec traces de fistules complètement cicatrisées.

A droite, sous une couche d'hydrocèle, on palpe l'épididyme, qui présente un gros noyau dur au niveau de la tête.

Déférents, cordons, prostate et vésicules séminales sont normaux.

En résumé, tableau clinique d'épididymite tuberculeuse bilatérale à évolution subaiguë.

Mais, en plus, il existe de la pyurie, et l'examen des urines divisées révèle deux reins bons mais éliminant du pus et d'innombrables colibacilles.

Opération. — Double épидидectomie.

Examen histologique des deux pièces (Kogan). — Abcès banaux, aucunes lésions tuberculeuses, pas de bacille de Koch à la culture. Examen du pus de l'épididyme : colibacille positif.

Il s'agissait donc d'une colibacillose uro-génitale.

OBSERVATION XVII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DUVERGEY, de Bordeaux.)

B... (Marcel), âgé de 28 ans, commerçant, n'a jamais été malade, pas de blennorragie. Atteint, en 1926, d'une entérocolite avec crises de diarrhée, suivies de constipation : quelques fausses membranes dans les selles.

En février 1928, présente quelques troubles urinaires, pollakiurie, urines un peu troubles. Vient me consulter, le 20 mai 1928, pour une tuméfaction de la bourse droite apparue depuis vingt jours.

A l'examen, petit abcès d'origine épидидymaire. Epididyme tuméfié douloureux à droite. Rien à gauche; rien du côté des reins.

Les urines sont prélevées.

L'abcès est incisé : le pus qui s'en écoule est recueilli. On l'examine, il renferme du colibacille à l'état pur.

Les urines contiennent également du colibacille à l'état pur.

L'abcès guérit facilement, la fistule est cicatrisée le 1^{er} juillet 1928; il persiste encore une tuméfaction de tout l'épididyme. Port d'un suspensoir et applications locales chaudes. Antisepsie intestinale et urinaire. Lavage de la vessie, puis des deux bassinets; à la cystoscopie, les orifices urétéraux étaient un peu rouges.

En 1929, amélioration très notable. Le colibacille est peu abondant dans les urines. Il persiste une tuméfaction indolore de l'épididyme droit.

J'ai revu le malade en juillet 1930 : il est apparemment guéri, une légère tuméfaction dans le corps et la queue de l'épididyme droit persiste encore.

SYMPTOMATOLOGIE. EVOLUTION CLINIQUE

Formes cliniques et pronostic tirés des observations.

La symptomatologie des orchio-épididymites colibacillaires diffère suivant le stade de la maladie auquel le malade se présente.

A l'occasion d'un effort, d'un traumatisme, même léger, d'une poussée de constipation, d'un refroidissement, au cours d'un syndrome vague d'entérocolite, ou même sans cause apparente, la maladie se déclare dans la majorité des cas, brusquement, par des phénomènes généraux.

Fièvre pouvant aller de 38 à 40 et même 41 degrés;

Frissons et douleurs lombaires;

Troubles gastro-intestinaux, céphalée.

Ce stade de la maladie peut durer peu de temps, comme il peut durer très longtemps.

Il peut précéder de loin ou de près les phénomènes morbides spéciaux ou les symptômes locaux.

Lorsqu'on interroge le malade, il se plaint très souvent de pollakiurie, surtout diurne, et de dysurie : mictions impérieuses, fréquentes; il urine sans effort quelques gouttes de liquide, très étonné du peu de résultat de la miction, à la fin de laquelle il souffre.

Parfois même, il est obligé de pousser et rend des urines sanguinolentes.

Il se plaint aussi d'une douleur locale inguino-scrotale, qui, dans la majorité des cas, suit les phénomènes généraux, mais soit que les symptômes généraux n'existent pas, soit

qu'ils ne présentent pas une intensité assez importante pour attirer l'attention, la maladie semble débiter par cette douleur inguino-scrotale, qui devient intense et s'irradie vers le périnée.

Le tableau clinique est donc, en général, celui d'une maladie grave. Il ressemble à ces oreillons à rebours sans manifestations parotidiennes, qui commencent par une orchite ourlienne, circonstance qui donne un aspect si troublant à la maladie.

Et puis, dans la grande majorité des cas, alors que l'alerte était si grande que certains auteurs (Bauermeister) (G. de la Mare) ont cru à une typhoïde ou à du choléra, la maladie change d'aspect. Les phénomènes généraux lâchent pied les premiers.

Pendant ce temps, la douleur locale existe toujours, intense et irradiée.

Lorsque, attiré par la douleur inguino-scrotale, on examine les bourses du malade, on constate que l'une ou l'autre d'entre elles (parfois même les deux) est tuméfiée, que la peau du scrotum est rouge et tendue.

La palpation permet de sentir la peau très chaude et exaspère les douleurs.

Si l'on veut approfondir la palpation de façon à délimiter le testicule et son épiddidyme, on constate que l'on ne peut plus les dissocier; ils forment une masse compacte. A la place de l'épididyme, il y a une masse d'infiltration qui interdit toute délimitation; la vaginale prenant part elle aussi à l'inflammation, rend l'examen plus difficile. Le déférent est toujours le siège d'une réaction. On peut le sentir, gros, tuméfié, dur mais lisse. Toutes ces manœuvres déterminent de la douleur.

Au toucher rectal, si, dans la majorité des cas, on ne trouve pas de modifications du côté de la prostate et des vésicules, dans d'autres, au contraire, la prostate, une ou les deux vésicules, prennent part à l'inflammation.

On se demande alors quelles sont les causes de la maladie. La présence de troubles urinaires, de phénomènes d'irrita-

tion de l'urètre postérieur attire l'attention du médecin du côté des urines. Elles peuvent ne présenter aucune anomalie au point de vue de l'examen macroscopique, mais ceci ne veut pas dire qu'elles soient saines; l'examen microscopique, et surtout leur culture, révèle la présence du colibacille.

Souvent elles sont purulentes, et le diagnostic est beaucoup plus facile. Les colibacilles y pullulent et il n'est pas besoin de culture pour le révéler : il s'y trouve à l'état de pureté.

On porte le diagnostic de pyélonéphrite à colibacille, compliquée d'épididymite.

On institue à ce moment un traitement tant contre la pyélonéphrite que contre l'épididymite et on attend la suite des événements.

Les symptômes généraux peuvent, comme nous le disions plus haut, lâcher pied et signifier une allure de la maladie qui est d'un excellent pronostic. Les urines sont moins troubles, elles contiennent moins de colibacilles; la fièvre, les douleurs lombaires, les troubles gastro-intestinaux, enfin les phénomènes dysuriques, vont en décroissant; la tuméfaction des bourses se résout, la douleur disparaît; le gonflement du déférent s'atténue.

Enfin, en cinq à quinze jours, quelquefois en beaucoup moins de temps que cela (trois et même deux jours), tout est rentré dans l'ordre, et le malade est considéré comme guéri. Il garde un épидидyme dur dans toute son étendue et des urines bactériennes; c'est là une éventualité heureuse, mais la maladie ne suit pas toujours ce schéma.

Il arrive que le tableau clinique, au lieu de marcher vers la résolution, s'éternise. Les urines restent très troubles et la fièvre ne baisse pas : du côté du testicule et des bourses, il y a aussi des modifications. La tuméfaction devient énorme, tendue; on ne peut rien distinguer, si ce n'est, dans un point du scrotum, que la peau est particulièrement rouge, amincie. Si l'on palpe, on peut sentir la peau adhérente aux plans sous-jacents et, chose plus grave, on sent une fluctuation plus ou moins nette; ou bien on ouvre cet abcès et tout rentre dans

l'ordre, la plaie guérit très bien sans laisser de séquelles, ou bien on n'ouvre pas et l'abcès se vide à l'extérieur par un orifice qui peut créer dans la suite une fistule, qui guérit au bout d'un certain temps, mais qui guérit toujours.

Voici une autre éventualité, c'est d'ailleurs la plus fréquente.

Reprenons le premier cas, dans lequel le malade est guéri; il reprend ses occupations et, à l'occasion de circonstances qui l'ont ou ne l'ont pas frappé, il est repris de phénomènes généraux intenses et de phénomènes locaux de même nature que les précédents. Il est averti, il connaît sa maladie et le médecin appelé a vite fait de porter le diagnostic. Il guérit encore, mais il n'est pas à l'abri de nouvelles rechutes. Et pendant ces rechutes il peut avoir l'un ou l'autre des épидидymes pris, épидидymite à bascule, les deux à la fois, et l'évolution peut se faire vers la suppuration.

Il ressort de cet exposé de la symptomatologie, dont nous avons puisé les éléments dans les observations que nous avons sous la main, que les formes cliniques se résument à trois grands tableaux :

Epididymite aiguë guérie sans suite;

Orchi-épididymite aiguë suppurée;

Epididymite subaiguë à rechute ou récidivante, à laquelle on pourrait donner le nom de forme chronique à rechutes.

On en retire encore quelques renseignements, qui sont :

- 1° La brusquerie d'apparition de la maladie par des phénomènes généraux qui précèdent en général les symptômes locaux;
- 2° La fréquence des récidives, sur laquelle insistent d'ailleurs tous les auteurs;
- 3° La guérison sans séquelles.

Quel sera le pronostic de telles affections?

Il est bénin quant à la maladie elle-même. Une antisepsie

urinaire bien conduite, l'observance d'un régime approprié, le traitement étiologique, ont vite fait de modifier l'évolution de la maladie et de rassurer le médecin.

Il n'est assombri que par quelques circonstances :

La fréquence des récidives;

La possibilité de l'évolution vers la suppuration et l'ouverture spontanée à la peau.

Enfin, si les deux épидидymes ont été touchés, et l'ont été fortement, la stérilité qui pourra s'ensuivre.

Diagnostic.

Nous avons pensé qu'il serait logique de traiter dès à présent le sujet du diagnostic, tant positif que différentiel, dans un chapitre qui succède immédiatement à l'exposé des symptômes; ils sont, en effet, tout frais à la mémoire.

Le diagnostic positif de l'affection se basera sur :

- 1° La brutalité de l'apparition, succédant à un état morbide que l'on peut plus ou moins bien déceler dans les antécédents;
- 2° Les phénomènes urinaires et d'irritation de l'urètre postérieur;
- 3° La présence d'urines claires contenant du colibacille (colibacillurie) ou d'urines troubles et même purulentes (culture pure de colibacille), toutes choses révélées par le laboratoire;
- 4° La comparaison, si possible, du liquide de la vaginale, dont on fera la culture, avec les urines, et qui donnera souvent un résultat positif pour le colibacille.

Dans la suite, si la maladie devient chronique :

1° La fréquence des récidives;

2° La guérison sans séquelles.

Le diagnostic différentiel devra se faire :

a) Dans les formes aiguës, avec les affections qui présentent

un tableau clinique analogue et qui la simulent à s'y méprendre, à savoir :

1° L'orché-épididymite tuberculeuse à forme aiguë;

2° L'orché-épididymite gonococcique aiguë.

1° *L'orché-épididymite tuberculeuse aiguë*, qui présente les mêmes phénomènes généraux bruyants dans son apparition. L'écoulement urétral n'est pas une exception et sera une cause d'erreur de plus; le colibacille lui-même peut faire partie de la flore microbienne de cet écoulement. Bien mieux, il peut y avoir une colibacillurie concomitante à la tuberculose génitale. Le diagnostic est donc très difficile.

Cependant, déjà, si la palpation du testicule et de l'épididyme est possible, c'est la tête qui est augmentée de volume, et non pas tout l'épididyme; l'épididyme n'est pas régulier, mais présente sur sa surface des bosselures. Ce sont des tubercules plus ou moins ramollis qui évoluent et s'ouvriront, dans un délai plus ou moins long, à la peau, créant ces fistules interminables qui sont la signature de la tuberculose génitale. Dans ce cas, il faut attendre, car c'est l'évolution même de la maladie qui fixera le diagnostic. L'orché-épididymite colibacillaire évolue vers la résolution et la guérison sans séquelles. L'autre, l'épididymite bacillaire, s'éternise et créera des fistules.

Dans le cas où l'évolution se fait vers la suppuration, les examens bactériologiques, du pus de l'abcès, du pus de l'épididyme, fixeront à eux seuls le diagnostic. Car si l'on trouve du colibacille et que l'urine en soit remplie, il n'y a plus d'hésitation à avoir.

2° *L'orché-épididymite gonococcique aiguë*. — Celle-ci succède à une urétrite gonococcique, révélée par l'écoulement, dont on aura fait l'examen bactériologique, au bout d'un temps relativement court, troisième à quatrième semaine.

Le tableau clinique est le même, sauf peut-être les phénomènes généraux, qui sont un peu moins importants.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que l'on a actuelle-

ment tendance à incriminer, dans les formes prolongées de la blennorrhagie et surtout dans ses complications, des microbes secondaires, et le colibacille est du nombre. Quoi qu'il en soit, c'est sur la notion de l'écoulement gonococcique que l'on basera son diagnostic différentiel, en ayant soin toutefois de faire une analyse d'urine, qui, faite dans les bonnes conditions, si elle révèle la présence d'une colibacillurie assez importante, pourra aiguiller le diagnostic vers celui d'orchio-épididymite colibacillaire.

b) Dans la forme chronique à rechutes, ou, si l'on veut, la forme récidivante, on fera le diagnostic :

- 1° Avec la tuberculose génitale chronique;
- 2° Avec la syphilis génitale;
- 3° Avec les mycoses génitales.

1° *Tuberculose génitale chronique* : La tête de l'épididyme est le siège d'une induration. L'épididyme est irrégulier et présente des bosselures plus ou moins ramollies. Il y a des fistules d'où coule un pus séreux à grumeaux. Le déférent présente des nodosités disposées en grains de chapelet, enfin la prostate et les vésicules sont le siège de nodosités.

Il faut joindre à cela un état général plus ou moins précaire et la possibilité d'autres localisations bacillaires décelables.

Contre la tuberculose génitale, nous avons la notion des récidives avec guérison sans séquelles; la notion, aussi, du mode d'apparition de ces récidives; la présence d'urines troubles avec pus à colibacilles ou la colibacillurie décelable par la culture; un état général satisfaisant en dehors des récidives. Dans toute épидидымите avec urines troubles ou louches, il faudra faire au moins un examen bactériologique et même une division des urines. Il suffit, pour se rendre compte de la nécessité de ces manœuvres, de lire dans le *Journal d'urologie* de mai 1930 (p. 460 et s.) l'article intitulé « Tuberculose épидидымaire et tuberculose rénale », de Jean Mombearts et Albert Laroche.

Il va sans dire que le diagnostic perdra de son importance lorsque l'on se trouvera en présence d'une orchite-épididymite colibacillaire dont les récidives ont été tellement fréquentes et tellement rebelles au traitement que c'est le malade lui-même qui vient demander qu'on le délivre, ce que l'on fait par l'opération de l'épididymectomie (Marion).

2° *l'orchite-épididymite syphilitique* : Ici il y a la notion des antécédents, il n'y a pas la brusquerie de l'apparition, et le traitement antisiphilitique aura vite fait de trancher la question.

3° *les mycoses génitales* : Tout d'abord ne sont pas fréquentes (thèse de Redon, Paris, 1928), et le traitement à l'iodure, qui les guérit, les éliminera rapidement.

TRAITEMENT

Le traitement de l'orchi-épididymite colibacillaire comporte deux parties:

- un traitement symptomatique;
- un traitement étiologique.

Le traitement symptomatique s'adressant à l'orchi-épididymite sera le traitement banal des affections de ce genre, dues à des microbes différents : repos au lit; suspension, sur une planchette placée sur les cuisses, des bourses, allié à un traitement antiphlogistique local, qui diminuera l'inflammation et la douleur.

- Ce traitement suffit, dans la majorité des cas, à atténuer les les symptômes locaux.

Dans les cas où l'affection, malgré le traitement institué, évolue vers la suppuration, ce qui arrive encore assez fréquemment si l'abcès est bien collecté, il faut ouvrir, car c'est le seul moyen d'obtenir la guérison et d'éviter l'ouverture spontanée à la peau, qui ne manquerait pas de se faire, créant une fistule qui guérirait sûrement, mais au bout d'un certain temps, pendant lequel elle serait un danger et une gêne.

On joindra au traitement local un traitement des symptômes généraux, qui consistera en un régime lacté absolu; on veillera à ce que les évacuations intestinales se fassent d'une façon normale, tant au point de vue du nombre que de la qualité et quantité, en comparaison avec le régime du malade.

Quant aux symptômes urinaires, à la cystite du col, aux phénomènes d'irritation de l'urètre postérieur, comment les combattre? Ils relèvent, à notre avis, d'une thérapeutique toute

différente et qui a ses bases dans le cycle même que suit le colibacille.

Certes, on peut, on doit même attaquer le colibacille dans les urines : par la diurèse, par l'antisepsie urinaire. On donnera, dans ce but, des tisanes diurétiques lactosées, de l'uroformine intraveineuse si les symptômes sont graves, en cachets s'ils le sont moins. On peut même associer les deux modes d'absorption, en un mot, on fera le traitement des pyélonéphrites.

Il faut ensuite aller chercher le microbe là où il se trouve habituellement, c'est-à-dire dans l'intestin, et l'attaquer directement, d'abord en supprimant les causes qui favorisent sa pullulation, nous voulons parler de la constipation et de ses méfaits.

Et comment faut-il traiter cette constipation? C'est là que le médecin doit porter une attention soutenue, car il n'y a pas une constipation, il y a des constipations, et il faut les combattre logiquement, c'est-à-dire en attaquant les causes mêmes de la constipation. Elle peut être due à la paresse et au manque d'habitude qui ont émoussé les réflexes, il est alors nécessaire de faire la rééducation de l'intestin par des purgations légères répétées et huileuses. Elle peut être due à un spasme, et elle signifie qu'il y a sur le parcours intestinal une raison à ce spasme, entérocolite ou ulcération. Elle peut être due à un défaut de sécrétion glandulaire, et les cholagogues entrent en jeu. Elle peut être due à un obstacle qui se trouve non dans l'intestin, mais en dehors de lui, et il faudra faire sauter les brides. Elle reconnaît encore pour cause une pliose ou un défaut de musculature des parois abdominales, etc. Le traitement doit donc être étiologique.

Quant à la pullulation microbienne, elle diminuera déjà du fait que l'on diminue l'encombrement intestinal. Mais si l'on veut combattre encore plus énergiquement le colibacille, l'antisepsie peut être d'un puissant secours : le benzonaphtol pris à doses régulières et convenables est un excellent antiseptique

intestinal. Le bactériophage d'Hérelle, dont les bienfaits se manifestent dans nombre de maladies, trouve ici sa place comme spécifique antimicrobien, à condition qu'il lyse la souche de colibacille qui intéresse le malade.

Que penser des vaccins et des bactérino-protéines? Il semble que dans l'orchi-épididymite colibacillaire ils soient sans résultats, mais ils agissent, et très bien, dans les pyélonéphrites. Vintici conseille cependant de les employer. Quant au sérum anticolibacillaire de Vincent, il trouve sa place dans les orchi-épididymites à allure typhoïde et dans lesquelles une hémoculture est positive au colibacille.

En résumé, un traitement symptomatique local joint à un traitement étiologique général, voilà la ligne de conduite à suivre.

CONCLUSIONS

L'existence des orchio-épididymites colibacillaires est nettement prouvée tant par la clinique que par le laboratoire.

Cette affection est probablement beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

Le colibacille peut emprunter trois voies pour infecter l'épididyme et qui sont la voie sanguine (elle reste encore à prouver), intervenant dans les épididymites primitives, la voie lymphatique et la voie déférentielle : cette dernière nous paraît intervenir dans la plupart des cas.

La symptomatologie est caractérisée par :

La brusquerie de l'apparition des phénomènes tant généraux que locaux, ainsi que leur intensité, par l'existence d'une colibacillurie ou d'un pyélonéphrite à colibacilles, qu'elle soit connue ou latente, révélée dans la suite par le laboratoire, précède les phénomènes généraux;

La fréquence de l'existence de symptômes urinaires avant l'apparition des signes locaux inguino-scrotaux;

La fréquente évolution vers la suppuration;

La fréquence des récidives;

La guérison sans séquelles.

Le diagnostic repose sur l'évolution de cette affection, qui cède en général au traitement bien conduit, et guérit toujours.

Il faut surtout faire le diagnostic avec la tuberculose génitale aiguë et la tuberculose génitale chronique. L'évolution clinique et le laboratoire sont un puissant appui.

Le pronostic est bon. C'est une maladie qui guérit; il est simplement assombri par :

La fréquence des récidives;

La possibilité d'une suppuration avec ouverture à la peau;

La stérilité si les deux épидидymes ont été fortement touchés.

Le traitement sera celui de l'orchite banale, s'il n'y a pas suppuration (dans le cas contraire, il faut inciser pour guérir, et guérir sûrement) auquel il faudra joindre le traitement étiologique, dirigé contre le mauvais fonctionnement intestinal et la pyélonéphrite qui s'y trouve liée (antisepsie intestinale, urinaire, régime, hygiène). La septicémie à colibacilles se trouve très bien du sérum de Vincent, ainsi que des agents spécifiques immunisants, dans le cas de colibacillémie chronique. La vaccinothérapie peut être employée, mais ses résultats sont incertains.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER,

Le Président,

J. DUVERGEY.

VU, ET PERMIS D'IMPRIMER

Bordeaux, le 2 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUERMEISTER. — Orchi-épididymite à colibacilles. *Zeitsch. für klin. med.*, 1904.
- BLANC. — Deux cas d'orchi-épididymite colibacillaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1929.
- BONMER. — Un cas d'orchi-épididymite aiguë due au colibacille. *The Lancet*, 1913.
- DESGEORGES. — Comment il m'advint de soupçonner les mille et un méfaits de la colibacillose. *Avenir médical*.
- DE LA MARE. — Syndrome choléro-typhoïde. Orchi-épididymite et vaginalite suppurée à colibacilles. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1928, p. 1055.
- ESCAT. — Congrès de l'Association française d'urologie, 1906.
- GONTIER. — Sur un cas d'urétrite à colibacilles avec épididymite. *Arch. méd. de Toulouse*, 1903.
- GRENET et ISAAC. — Quelques essais thérapeutiques à l'aide du bactériophage de d'Hérelle. *Presse médicale*, août 1928.
- GUYON et JANET. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1889, p. 462.
- HEITZ-BOYER. — Deux cas d'orchi-épididymite probablement à colibacilles associée à un syndrome entéro-rénal latent. *Journ. d'urol.*, 1921.
- JANET. — Un cas d'orchi-épididymite, survenue dans la convalescence d'une grippe, probablement due au colibacille. *Journ. d'urol.*, 1921.
- LAVENANT. — De l'épididymo-vaginalite gonococcique. *Journ. d'urol.*, 1921.

- LEGRAIN. — Les microbes des écoulements de l'urètre. Thèse Nancy, 1888; *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1891.
- MAISONNET. — Syndrome entéro-rénal de Heitz-Boyer. *Marseille médicale*, 1928, p. 289.
- LEGUEU et FISCH. — L'étape sanguine du coli. Variations morphologiques du colibacille. *Journ. d'urol.*, 1926.
- MOMBAERTS et LAROCHE. — Tuberculose épидидymaire et tuberculose rénale. Un cas d'épididymite colibacillaire. *Journ. d'urol.*, mai 1930, p. 468.
- MULLER (Ed.). — Orchi-épididymite aiguë et bactérium coli commune. *Munch. Med. Wochensch.*, 1909.
- NOGUÈS. — Vésiculite pseudo-membraneuse à colibacille. Epididymite et vaginalite consécutives. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 655.
- PALADINO-BLANDINI. — Pathogénie des épидидymites. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1900, p. 1.009.
- REDON. — Les épидидymites non spécifiques de l'adulte. Quatre cas d'orchi-épididymite colibacillaire. Thèse Paris, 1928.
- REYNAUD. — Phtisie galopante du testicule. *Lyon médical*, 1929, n° 40, p. 398.
- VINTICI. — Les épидидymites colibacillaires. *Journ. d'urol.*, 1928.
- VINTICI et CONSTANTINESCO. — Les cystites rénales. *Journ. d'urol.*, 1930.

